

# PULMO

*Script*

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT  
JAARGANG 24, NR. 1 MAART 2013



HUISHOUDELIJKE  
VERGADERING 18 april

LONGDAGEN 2013

IN MEMORIAM: Chris Hilvering,  
Jan Boogaard, Ank Sonnenberg



## Colofon

PulmoScript is het officieel orgaan van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

Secretariaat NVALT en  
Redactie PulmoScript  
Luijbenstraat 15  
5211 BR 's-Hertogenbosch  
Telefoon 073 - 612 61 63  
Telefax 073 - 612 61 54  
e-mail: secretariaat@nvalt.nl  
www.nvalt.nl

Redactieraad:  
Dr. Y. Heijdra  
Drs. S.M. de Hosson  
Drs. K.J.M. Mooren  
Dr. H.J. Pennings  
Mevr. W. Vlуг

Uiterste datum voor insturen kopij  
nr. 2: 15 mei 2013

PulmoScript verschijnt eenmaal  
per kwartaal in een oplage  
van 1200 exemplaren.

Elke auteur en adverteerder is  
verantwoordelijk voor zijn of haar bijdrage.  
Hetzelfde geldt voor inlichtingen  
door derden verstrekt.

Van Engelen - tekst, vormgeving en  
drukkeradviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



## 04 VOORWOORD

### Bestuur

- 05 Vanuit het bestuur
- 06 Bestuurswerkzaamheden
- 07 Agenda huishoudelijke NVALT vergadering 18 april 2013

### Vanuit de Sectie Assistenten

- 08 Portfolio
- 19 Modules in Bronchoscopy

### Vanuit de VvAwT

- 09 Verslag Studiedagen VvAwT

### Rubrieken

- 12 Longen digitaal: De digitale revolutie binnen chronische longzorg
- 14 Opleiding in de kijker: Diakonessenhuis, Utrecht
- 16 Pulmonaal Portret: Monique Reijers

### Nascholing

- 22 Samenvatting proefschrift Jiska Snoeck-Stroband  
Towards clinical phenotyping in COPD'

### En ook...

- 18 Pro-actieve zorgplanning
- 13 iSPEX; Met je iPhone ontdekken hoe gezond de lucht is die je inademt!
- 11 Longdagen 2013
- 20 Verslag masterclass IPF: diagnostiek en management

### Personalia

- 24 In memoriam Ank Sonnenberg
- 30 In memoriam prof. dr. Jan Bogaard
- 24 In memoriam prof. dr. Chris Hilvering
- 26 Kandidaat-leden
- 28 Nieuw benoemde longartsen
- 28 Nieuwe rustende leden

## 29 Congresagenda

Geachte lezer van PulmoScript,

Het nieuwe jaar is al weer een paar maanden oud. Een bijzonder jaar, want met het 105-jarig bestaan van onze vereniging hebben we een lustrumjaar. Het zal groots gevierd worden tijdens de longartsenweek op 26 maart. Als trots NVALT lid zult u vast van de partij willen zijn. Het belooft een mooie avond te worden.

De longdagen zullen enkele weken later op 18 en 19 april plaatsvinden. Er zal ook dit jaar een boeiend programma worden aangeboden. Hopelijk past het goed in uw agenda om er bij te zijn. De NVALT ledenvergadering is in het programma opgenomen op donderdag 18 april.

De afgelopen maanden is uw bestuur weer druk in de weer geweest met een uiteenlopende agenda. Geertjan Wesseling praat u graag bij in 'bestuurswerkzaamheden'.

De rubriek 'Pulmonaal Portret' heeft zich ontwikkeld tot een van de meest geliefde rubrieken van PulmoScript. Deze keer hebben we de eer dat Monique Reijers zich laat interviewen. Als dat maar goed gaat!

Helaas hebben we kennis genomen van het overlijden van Prof. dr. Chris Hilvering, Prof. dr. Jan Bogaard en Ank Sonnenberg. Chris Hilvering heeft zich altijd actief ingezet voor de ontwikkeling van ons vak. Voor de vele verdiensten werd hij onderscheiden met een erelidmaatschap van de NVALT. Henk Hoogsteden beschrijft hem het op treffende wijze. Jan Bogaard heeft zich met zijn belangstelling voor en kennis van de longfunctie altijd zeer ingezet voor ons vak. Joachim Aerts blikt terug op zijn leven.

Ank Sonnenberg werd helaas slechts 45 jaar. Velen van ons hebben haar gekend als een opgewekte en gepassioneerde collega longarts. Leest u vooral het 'in memoriam', geschreven door Anton Vonk Noordegraaf en Annemarie Becker.



Ook opleidingszaken komen weer aan bod in deze editie. Er wordt uitleg gegeven over het portfolio, waarmee AIOS werken. De bijdrage van Dieuwertje Ruigrok en Wouter van Geffen is erg informatief. Voorts heeft het fenomeen 'deelopleiding' zijn intrede gedaan in onze opleidingsstructuur. Deze keer komt in de rubriek 'opleiding in de kijker' het Diaconessenhuis Utrecht aan bod om u te informeren over de deelopleiding 'slaap gerelateerde ademhalingsstoornissen en non-invasieve beademing (NIV) in de acute fase'. Als direct betrokkene onthoud ik me vanzelfsprekend verder van elk commentaar.....

Ik wens u veel leesplezier.

Folkert Brijker  
*Wetenschappelijk secretaris NVALT*

# Vanuit het bestuur

Beste lezers,

Voor u ligt weer een nieuwe PulmoScript boordevol met zeer uiteenlopende onderwerpen.

Allereerst mag ik u verwijzen naar het stuk van de hand van Geertjan Wesseling onder het kopje Bestuurswerkzaamheden. U heeft recent hiervan ook nog een versie via de e-mail ontvangen. In dit stuk schetst hij de recente ontwikkelingen binnen de vereniging; en dit zijn er vele! Ik wil op deze plek even nader ingaan op de ontwikkeling van het meerjaren beleidsplan. Weliswaar lijkt de discussie zich te focussen op de identificatie van differentiaties/verdiepingsgebieden binnen de longgeneeskunde, maar laten wij niet vergeten dat er daarnaast ook een brede basiscompetentie noodzakelijk is, op welk fundament die "torens" moeten rusten. En wellicht gaat de uitkomst van bovenstaande discussie zelfs tot gevolg hebben dat wij paradoxaal genoeg zelfs basiseisen moeten gaan opschroeven. Deze basiskennis is kwalitatief beschreven binnen de eindtermen van de longgeneeskundige opleiding, maar het verdient wel aanbeveling om deze eindtermen nader te specificeren in termen van noodzakelijke kennisdomeinen en gewenst kennisniveau. Weliswaar wordt op dit moment de basiskennis globaal geëvalueerd binnen de Europese Hermes-toets, maar deze blijkt de Nederlandse situatie niet altijd optimaal te weerspiegelen (neem bijvoorbeeld de grote verschillen in antibioticabeleid binnen Europa). Dit is de reden dat het Bestuur een werkgroep zal gaan formeren die het gewenste niveau van de basiskennis gaat specificeren en zo mogelijk kwantificeren. Dit zal dan vervolgens als input gebruikt worden voor de nieuwe "taskforce" die trajectscholing en bijscholing van de NVALT toekomstbestendig gaat inrichten. Het voorstel is centraal de

regie te gaan voeren over alle aspecten van scholing en bijscholing. Hierbij zal niet alleen naar de inhoudelijke eisen en omvang van nascholing gekeken worden (inclusief de spreiding over de diverse CanMEDS-velden), maar het is ook te verwachten dat de huidige (nascholings-)eisen voor herregistratie onderwerp van reflectie worden.

Deze PulmoScript biedt al een mooi overzicht van "targeted education" in eigen land: de nascholingsdagen van de VvAWT en de masterclass ILD vormen hier mooie voorbeelden van. De Longartsenweek richt zich op themagerichte praktijkvoering en praktijkmanagement, specifiek voor de longarts; hierin worden de CanMEDS aandachtsgebieden verder uitgewerkt. Daarnaast zien wij in deze PulmoScript ook het programma-aanbod van de Longdagen, waarin de NVALT actief participeert. Hier zien wij een fraaie integratie van basaal fundamenteel onderzoek, de implicaties hiervan op de dagelijkse praktijk en ligt er ook een duidelijke nadruk op discipline-overstijgende samenwerkingsverbanden. Juist het multidisciplinaire kennisaanbod en de grote diversiteit van deelnemende verenigingen maakt dat de Longdagen een waardevolle aanvulling op ons nascholingsaanbod vormen. Ik hoop dat velen de weg naar deze dagen weten te vinden.

Dat niet alleen de longoncologie gebruikt maakt van "targeted therapy" moge blijken uit het proefschrift van Jiska Snoeck: diegene die mocht denken dat de diagnose COPD een afdoende beschrijving is zal na het lezen van dit proefschrift tot andere gedachten komen. Targeted therapy voor COPD op basis van fenotypie lijkt in ontwikkeling! De werkgroep COPD zal dit zeker betrekken in haar overwegingen ten aanzien van

eenheid van beleid bij de diagnose en behandeling van COPD.

Helaas hebben wij als vereniging in deze periode ook afscheid moeten nemen van meerdere collega's welke in de speciale rubriek herdacht zullen worden.

Gelukkig zijn er ook nog lichtpunten te benoemen: de NVALT is druk doende om binnen het bureau van de Orde van Medisch Specialisten een beleidsmedewerker Kwaliteit te werven. Door de synergie met andere verenigingen kunnen wij hierdoor het Kwaliteitsbeleid van de NVALT een verdere, noodzakelijke, impuls geven. Doel is een beleidsplan Kwaliteit voor de NVALT te ontwikkelen, waardoor ook op dit terrein de NVALT haar eigen verantwoordelijkheid neemt. Wij houden u van het verdere verloop op de hoogte.



U veel plezier met deze editie van de PulmoScript toewensend,

Herman-Jan Pennings  
*Secretaris*

# Bestuurswerkzaamheden

Geachte collega,

De afgelopen maanden is het NVALT bestuur druk doende geweest met een groot aantal dossiers.

Een ervan betreft het zogenaamde Synergieproject, een initiatief van de Orde van Medisch Specialisten en de wetenschappelijke verenigingen waarover ik eerder reeds berichtte. Plan is om te komen tot de vorming van een federatie van wetenschappelijke verenigingen waarin alle medisch specialisten zich vertegenwoordigd zullen weten. De Orde zal vervolgens opgeheven worden. Momenteel worden de voors en tegens en de implicaties van dat alles nader uitgewerkt.

Guul ten Velde en Johan Molema hebben een inventarisatie gedaan van het scholingsaanbod in ons specialisme. Samen met hen is de Sectie School voor Longziekten begonnen met de uitwerking van een totaalplan voor het NVALT-brede (na)cholingscurriculum, in de vorm van het "Projectvoorstel herinrichting Scholing en Nascholing voor de longarts" en een beschrijving van de algemene longziekten. Algemene longziekten is wat we eerder in het concept meerjaren beleidsplan "de basis" hebben genoemd. Daarover binnenkort hopelijk meer.

Vanuit verschillende deelgebieden van ons specialisme wordt aangedrongen op een fatsoenlijk registratiesysteem voor interne en externe verantwoording van onze zorg. Om te voorkomen dat er allerlei systemen naast elkaar worden ontwikkeld, heeft het bestuur ervoor gekozen om te zoeken naar een generiek systeem dat alle takken van sport binnen ons specialisme kan bedienen. Daarmee is een werkgroep belast, die aanbevelingen zal doen voor een specialisme-breed registratiesysteem.

De richtlijn ernstig astma is na de raadpleging tijdens de najaarsvergadering kortgeleden door het bestuur vastgesteld en terug te vinden op onze site.

De invulling van ons meerjaren beleidsplan vordert langzaam. Inmiddels zijn de eerste twee verdiepingsgebieden (de "torens" in het concept beleidsplan, we gaan die voorlopig differentiaties noemen) geïdentificeerd te weten de pulmonale oncologie en slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen. De respectievelijke werkgroepen is verzocht daarvoor aanbevelingen te doen.

De werkgroep COPD is belast met het formuleren van aanbevelingen voor meer eenheid van beleid bij nieuw verwezen COPD patiënten en bij COPD exacerbaties in de tweede lijn, iets waar steeds meer behoefte aan bestaat.

Het kwaliteitsbeleid wordt steeds belangrijker. Vanuit de orde worden wetenschappelijke verenigingen weliswaar steeds meer ondersteund, maar toch streeft het bestuur ernaar om het kwaliteitsbeleid vanuit de eigen vereniging verder te professionaliseren. Er wordt daarom momenteel geworven voor een beleidsmedewerker kwaliteit. Daarvoor zijn binnen de begroting middelen vrijgemaakt.

Verdere initiatieven betreffen het Nationaal Actieplan Chronische Longziekten, waarbinnen longartsen een prominente rol spelen, doelmatig voorschrijven en het preferentiebeleid, implementatie van een nieuw format voor de rol van wetenschappelijke verenigingen bij (vermeend) disfunctioneren en in LAN-verband de volgende fases in de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren astma en COPD. Via PulmoScript en natuurlijk de site en nieuwsbrieven houden we u graag op de hoogte.

Geertjan Wesseling



18 april 2013

# Agenda Huishoudelijke Vergadering

1. Opening
2. Notulen vergadering 5 oktober 2012  
(zie PulmoScript nr 4 -2012 pag. 8 e.v.)
3. Mededelingen vanuit het Bestuur
4. Mededelingen vanuit de Projectgroep DBC's
5. Mededelingen vanuit het Concilium
6. Mededelingen vanuit de Commissie Richtlijnen  
- autorisatie Richtlijn Non Invasieve Beademing bij COPD.
7. Financieel verslag 2012 en begroting 2013
8. Verkiezingen:
  - a. **Bestuur**  
Prof. dr. G. Wesseling wordt als voorzitter opgevolgd door dr. Y. F. Heijdra, Wesseling blijft in het Bestuur als past-president. De zittingstermijn van dr. C. F. Melissant is verstreken, hij stelt zich niet herkiesbaar. dr. F. Brijker zal dr. Y. Heijdra opvolgen als wetenschappelijk secretaris.
  - b. **Concilium**  
De maximale zittingstermijn van dr. H.G.M. Heijerman en dr. J.S. van der Zee is verstreken. Zij worden zo spoedig mogelijk opgevolgd.
  - c. **Commissie Bronkhorst Colloquium**  
De zittingstermijn van drs. C. Magis is verstreken, zij stelt zich herkiesbaar.
  - d. **Commissie Tuberculose**  
Wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd vervalt het lidmaatschap van drs. R. van Altena, hij wordt opgevolgd door drs. O. Akkerman. Dr. G. de Vries treedt toe tot de Commissie Tuberculose.
9. Voorstellen kandidaat-leden (zie PulmoScript nr 1 2013 - pag. 32 en 34)
10. Wat verder ter tafel komt en rondvraag
11. Sluiting

De huishoudelijke vergadering van de NVALT vindt plaats tijdens de Longdagen op 18 april van 17.30 – 19.00 uur, Jaarbeurs Utrecht, Hallencomplex - 2e etage

# Het portfolio: wat kan de AIOS ermee en hoe kan het beter?

Sinds 2011 is het nieuwe opleidingsplan van kracht en per 2015 moeten alle AIOS aantoonbaar volgens dit nieuwe opleidingsplan opgeleid worden. Een belangrijk onderdeel hiervan is het portfolio waarin de voortgang van de AIOS vastgelegd en bewaakt wordt. Veel AIOS en opleiders beschouwen het portfolio als extra administratie: het kost veel tijd. Het portfolio kan ook bijdragen om een betere longarts te worden. Essentieel is hierbij het structureren van feedback en functioneringsgesprekken. Daarbij wil het portfolio de AIOS uitdagen tot zelfreflectie.

## Wat moet er in?

Er moet veel in het portfolio en extra items mogen worden toegevoegd. De verplichte onderdelen zijn het persoonlijk opleidingsplan, verslagen van beoordelings- en voortgangsgesprekken, registratie van de verschillende opleidingsactiviteiten en de verplichte toetsingen. Het dient met name de relevante zaken te bevatten die nodig zijn om te kunnen reflecteren op de eigen opleiding en goed inzicht te hebben in de persoonlijke groei.

## Waarom is het nuttig?

Het helpt bij het beantwoorden van de vraag van opleider en AIOS: hoe gaat het op dit moment? Daarbij kan het gebruikt worden bij het antwoorden van vragen als: hoe verder? Wat kan en/of wat moet beter? Ook wordt het gebruikt tijdens de opleidingsvisitatie als meetinstrument.

## Wat kan men met deze verzamelde gegevens?

Voor de AIOS geeft het met name structuur aan de eigen opleiding en de coaching. En daar komt een persoonlijk opleidingsplan uit voort, waarmee sturing aan de eigen opleiding kan worden gegeven. Daarnaast kan men duidelijk-

ker maken richting opleider en supervisors welke bekwaamheden wel en op welk niveau worden beheerst. Een mooi voorbeeld daarvan is de bekwaamheidsaanvraag in ePass. Op basis van aantal verrichtingen met een bepaald niveau van supervisie, bijbehorende beoordelingen en eigen argumentatie kan een aanvraag worden gedaan om bijvoorbeeld een drain zonder supervisie te mogen plaatsen. Bovenstaande zijn natuurlijk zaken die in de dagelijkse praktijk ook wel onbewust gebeuren, maar het expliciet maken en het structureren ervan kan de kwaliteit van de opleiding ten gunste komen.

## De opleider

Het portfolio biedt de opleider inzicht in de geregistreerde gegevens. Hierbij kan dit helpen om vroegtijdig verbeterpunten te signaleren en om de groei van een AIOS te kunnen volgen. Daarbij wordt het tijdens de visitatie gebruikt om de opleiding te beoordelen. Indien het portfolio voor voortgangsgesprekken door de opleider wordt doorgenomen kan dat de gesprekken effectiever maken.

## Hoe kan het beter?

Het nadeel van een portfolio bijhouden is de aanzienlijke administratieve belasting die het met zich meebrengt. Daarbij is het de vraag of er daadwerkelijke groei gemeten wordt en of de gewenste gegevens er ook daadwerkelijk mee gemeten worden. Patiëntenaantallen en het aantal verrichte ingrepen worden niet altijd even goed bij gehouden, met name in de drukere perioden van de opleiding. Echter aan het portfolio valt niet meer te ontkomen. Zorg daarom dat je de tijd die je erin investeert ook nuttig gebruikt en laat het portfolio een hulpmiddel zijn om een betere longarts te worden. Een belangrijke tip voor het bijhouden van een effectief portfolio: houd het com-

pact en gebruik het tijdens feedback van supervisors en bij de voortgangsgesprekken met de opleider. Het kan helpen om argumenten kracht bij te zetten.

## Het elektronisch portfolio

Het portfolio bestaat in vele vormen. Voor alle AIOS longziekten bestaat de mogelijkheid gebruik te maken van een elektronisch portfolio (ePass). Een elektronisch portfolio kan helpen je portfolio effectiever te maken. Het is namelijk persoonlijk, compact, snel en altijd in de buurt.

Het elektronisch portfolio heeft nog extra voordelen ten opzichte van de papieren variant:

- het is web-based en daardoor op elke computer beschikbaar
- het elektronisch portfolio verzamelt en combineert gegevens zodat de voortgang voor competenties, verrichtingen, en themakarten goed gevolgd kunnen worden
- de 360 graden-beoordeling (vroeger een administratieve rompslomp) wordt volledig geautomatiseerd en geanonimiseerd verwerkt zodra de e-mailadressen van de beoordelaars zijn ingevuld
- een overzichtelijke bekwaamheidsregistratie voor verrichtingen per (Miller) niveau
- automatische vergelijking per competentie is mogelijk met referentiegroepen (AIOS in dezelfde fase van de opleiding)

Het is voor iedere AIOS longziekten mogelijk een ePass account aan te vragen via [www.epass-maastricht.nl](http://www.epass-maastricht.nl) Mocht je meer willen weten: op [www.knmg.nl/modernisering](http://www.knmg.nl/modernisering) staat meer informatie over de modernisering van de medische vervolopleidingen en ook het portfolio. Tevens organiseren zij regelmatig workshops.

*Dieuwertje Ruigrok  
en Wouter van Geffen*



# VvAwT-studiedagen: Tuberculose nog alom aanwezig. *Een impressie*

Op 10 en 11 januari 2013 hield de Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding (VvAwT) haar jaarlijkse twee studiedagen over tuberculose. Thema's waren bijzondere vormen van tbc, de microbiologische diagnostiek en infectiepreventie, de medicamenteuze therapie en de uitdagingen bij de tbc-bestrijding van Oost-Europese migranten.

Na zijn warme welkomstwoord gaf VvAwT-voorzitter Kees van der Loo het woord aan KNCV-directeur Peter Gondrie. Er gaat veel goed in de wereldwijde tuberculosebestrijding maar het doel van eliminatie in 2050 is jammer genoeg niet haalbaar, tenzij er substantiële nieuwe ontwikkelingen komen zoals een beter vaccin of therapie regime.

Arts-microbioloog Ed Kuijper (LUMC) belichtte de nieuwe ontwikkelingen in de laboratoriumdiagnostiek. De Xpert® MTB/RIF-test biedt op respiratoire materialen snelle diagnostiek op zowel M. tuberculosis als rifampicineresistentie. De conventionele kweek behoudt echter een plaats, omdat die veel sensitiever is bij microscopisch negatieve en bij niet-respiratoire materialen. Een genus-specifieke PCR op het ITS-target biedt snelle moleculaire diagnostiek voor alle (bekende) niet-tuberculeuze mycobacteriën. Belangrijke nieuwe technieken zijn line-probe assays,aldi-Tof en (whole-genome) sequencing. De verwachtingen van nieuwe toepassingen van proteomics en whole-genome-sequencing voor de

diagnostiek en epidemiologie van (resistente) M. tuberculosis zijn erg hoog.

Longarts Wiel de Lange (Beatrixoord) ging uitgebreid in op de besmettelijkheid van tuberculose en infectiecontrole. Transmissie vindt in 13-17% plaats door ZN-negatieve personen. De beste manier om transmissie te voorkomen is het snel stellen van de diagnose en starten van de behandeling. De tijd tot het bekend worden van het definitieve resistentiepatroon is een risicofactor voor het ontwikkelen van resistentie en zou daarom zo kort mogelijk moeten zijn. Transmissie voorkomen gebeurt door een samenspel van bouwkundige voorzieningen en het goed toepassen van voorzorgmaatregelen op afdelings- en persoonlijk (bv. maskers) niveau.

Tbc-arts Nico Oudshoorn (GGD Den Haag) en longarts Richard van Altena (Beatrixoord) hielden een interactieve presentatie over LTBI bij immuungecompromitteerden en over de TNF-alfaproblematiek. Door voortdurend te kunnen stemmen over belangrijke keuzes bij het beleid, kwamen de dilemma's en de argumenten pro en contra goed in beeld.

De longartsen Martin Boeree (Dekkerswald) en Richard van Altena vertelden over meningitis tuberculosa. Door de slechte penetratie van rifampicine in de liquor riskeer je dat je bij HR op cerebraal niveau slechts monotherapie H geeft. Oplossingen hiervoor kunnen zijn het toevoegen van moxifloxacin of mogelijk

hogere doses rifampicine. Bij een recente trial in Indonesië daalde de mortaliteit van 65 naar 35% bij een dubbele dosis rifampicine (20 mg i.v./kg vs. 10 mg oraal/kg).

Longarts Wouter Hoefsloot (Dekkerswald) had een gedegen presentatie over pleuritis tuberculosa. Bij de diagnostiek blijft thoracoscopie met verkrijgen van kweek en histologie het meest sensitief. De sputumkweek wordt bij 55% ook positief. De gedachte dat pleuritis tuberculosa niet besmettelijk is, klopt dus meestal niet.

TBC-arts Sytze Keizer (GGD Amsterdam) vertelde over een MDR-outbreak waarbij een Somalisch meisje van 13 met dubbelzijdige caverneuze long-tbc (ZN+5) 18 infecties veroorzaakte. Zes van deze 18 contacten kregen ook actieve MDR-tbc. De gedachte dat een MDR-mutant "gehandicapt" is en daardoor zijn virulentie is kwijtgeraakt en nauwelijks infectieus is, blijkt dus niet altijd te kloppen. De 12 gezonde geïnfecteerden kregen vitamine D-suppletie om de weerstand te verhogen. Richard van Altena lichtte de behandelingen toe die deze MDR-patiënten kregen. De index onderging een longresectie en een tante behield ter nauwernood het leven en beviel tijdens de therapie van een gezonde dochter. Richard vervolgde met een presentatie over paradoxale reacties, waarbij na een aanvankelijke verbetering een verslechtering van een bestaande of een nieuwe afwijking ontstaat. Indrukwekkende casuïstiek bracht (differentiaal) diagnos-



tische en therapeutische dilemma's trefend in beeld.

Kees van der Loo besloot de 1<sup>e</sup> dag met een toespraak voor Paul van Gerven en Richard van Altena ter gelegenheid van hun afscheid. Kees dankte Paul voor zijn zorgvuldige, toegewijde, deskundige en collegiale bijdragen aan de CPT, de KNCV en de VvAwT. Richard werd geroemd voor de wijze waarop hij het tbc-superspecialisme in Beatrioord en het instituut consultantschap voor de klinische tuberculose heeft neergezet: altijd doorgaan, buitengewone inzet (Novartis-prijs), altijd bereikbaar, uitgebreide adviezen met overwegingen, tabellen, artikelen en humor. Als voorzitter van de VvAwT-commissie nascholing is Richard de inspirator geweest van alle tuberculosestudiedagen vanaf 2001. Paul en Richard hebben ieder vanuit hun eigen rol ons vaak bij de les gehouden.

De volgende ochtend stond de medicamenteuze therapie centraal. De longartsen Martin Boeree en Cecile Magis-Escurra (Dekkerswald) informeerden ons over de nieuwe ontwikkelingen en de dosering van pyrazinamide en moxifloxacine. Pyrazinamide blijkt toch een krachtig en synergistisch middel te zijn dat in toekomstige regimes een cruciale rol houdt, zowel bij normaal gevoelige als bij MDR-tbc, mogelijk zelfs in hogere doseringen dan nu gebruikelijk is. Het breaking news over de versnelde toelating door de Amerikaanse geneesmiddelenwaakhond FDA van bedaquiline voor de behandeling van MDR-tbc, kwam ook aan bod: het 1<sup>e</sup> middel in ruim 40 jaar dat voor de behandeling van tbc wordt erkend. Moxifloxacine is al een tiental jaren zeer belangrijk bij resistentie voor of intolerantie tegen een 1<sup>e</sup>-lijnsmiddel of bij meningitis tuberculosa vanwege de goede penetratie. Er wordt nu onderzocht of moxifloxacine in de plaats van ethambutol of isoniazide de therapieduur van normaal gevoelige tubercu-

lose kan verkorten met enkele maanden; daarmee zou het in de toekomst een 1<sup>e</sup>-lijnsmiddel worden. De gebruikelijke dosering van 400 mg is voor sommige patiënten onvoldoende en een risico voor resistentievorming.

Ziekenhuisapotheker Jan-Willem Alffenaar (UMCG) belichtte de optimalisatie van de behandeling met tbc-middelen aan de hand van de maximumconcentratie (Cmax), de oppervlakte onder de concentratie-tijdcurve (AUC), de minimaal inhiberende concentratie (MIC) en de tijdsperiode boven de MIC. Bij diverse casussen maakten bloedspiegelbepalingen duidelijk dat een aanzienlijk hogere dosering bij deze patiënt nodig was. Ziekenhuisapotheker Mathieu Bolhuis (UMCG) besteedde aandacht aan de behandeling van MDR-tbc tijdens zwangerschap. Van de meeste 2<sup>e</sup>-lijnsmiddelen is weinig bekend over de veiligheid tijdens zwangerschap. Dat maakt het belangrijk om per patiënt een afweging te maken tussen de veiligheid van de behandeling versus het risico van niet behandelen. Eerder werd in zulke gevallen geadviseerd om een abortus provocatus te overwegen. Tegenwoordig kiest men vaker voor het behandelen van de zwangere met MDR-tbc. Om evidence based handvatten te bieden bij deze behandeling, hebben de UMCG-ziekenhuisapothekers een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de veiligheid van de 2<sup>e</sup>-lijnsmiddelen voor de vrucht. De werkwijze en enkele bevindingen uit bovenstaande review werden behandeld aan de hand van enkele recente casussen uit Beatrioord.

's Middags kwam de tbc-bestrijding rond Oost-Europese migranten aan bod. Tbc-

arts Sophie Toumanian (GGD Twente) vertelde dat in 2011 in Nederland 17 tbc-patiënten afkomstig waren uit Roemenië en 14 uit Polen. De contactonderzoeken vormen vaak een uitdaging voor de GGD's, omdat de contacten vaak moeilijk te bereiken zijn. De Oost-Europese patiënten zijn vaker onverzekerd, alcoholverslaafd, dak- of thuisloos en leven vaak in zwakke sociale omstandigheden.

Domnica Chiotan en Maria Korzenievska beschreven de tbc-bestrijding in Roemenië resp. Polen. Alhoewel de laatste 10 jaar de incidentie in Roemenië indrukwekkend is gedaald van 142 naar 83, schrokken we toch van de bijna 17.700 tbc-patiënten (2011) per jaar op 21,2 miljoen inwoners (tegenover Nederland 1.000 per jaar op 16,8 miljoen inwoners). Uitgaande van de detectiegraad van 78% (iets hoger dan het Europese gemiddelde) waren er daarnaast ook nog 5.000 niet gediagnosticeerde patiënten. Onder de Roemeense gezondheidszorgwerkers komt 8 keer zo veel tbc voor als onder de algemene bevolking. In Polen is de incidentie veel lager; slechts 0,4% van de tbc-patiënten is er van buitenlandse afkomst. Beide landen hebben ambitieuze bestrijdingsprogramma's. Magdalena Chwarscianek bracht de Poolse stichting Barka onder de aandacht, die zich richt op huisvesting en re-integratie van Poolse daklozen en verslaafden. Barka heeft diverse vestigingen in Nederland die hulp kunnen bieden.

In tuberculose geïnteresseerde longartsen en zeker de longartsen die in hun ziekenhuis tuberculose-coördinator zijn, zijn meer dan welkom op de VvAwT-

studiedagen. Er is altijd een programma-onderdeel dat speciaal voor hun bedoeld is. De eerstvolgende gelegenheid om deel te nemen is in januari 2014. We rekenen graag op uw komst.

Wim Stoop





## De Longdagen 2013

Wat is er écht nieuw op het gebied van Longziekten? Waar in Nederland vindt baanbrekend onderzoek plaats? Welke zorgvernieuwing gaat werken? En welke niet...? Wat zijn de nieuwe vondsten van biologen en epidemiologen waar je als longarts echt van gehoord moet hebben? Waar houden huisartsen en kinderartsen zich momenteel mee bezig op het gebied van longziekten? Dát en nog veel meer vind je op de Longdagen 2013, op 18-19 april 2013 in de Jaarbeurs, Utrecht.

Landelijke Longdagen....? Is dat wat anders dan de Longartsenweek? Jazeker. De Longdagen zijn bedoeld als breed Nederlands congres op het gebied van respiratoire gezondheid en ziekte, voor uitwisseling van de nieuwste ontwikkelingen binnen de wetenschap en zorg. Voor clinici, wetenschappers, laboranten, verpleegkundigen, beleidsdeskundigen en voor een gedeelte van het programma ook voor patiënten en het brede publiek. De Longdagen 2013 worden georganiseerd door: de NVALT, NRS, Longfonds, SKL-NVK, NVLA, en de LAN. Dit is het uitgelezen ontmoetingsmoment in Nederland voor allen die zich bezighouden met de bestrijding van longziekten.

Wat kun je zoal verwachten? Veel Nederlandse toppers van de jonge tot oudere jongeren, en enkele buitenlandse sprekers van de buitencategorie: Stephen Holgate,

Stefan Marciniak, Sejal Saglani en Mike Thomas. Maar ook zal het Longdagen Debat worden georganiseerd met verzekeraars, de overheid, de farmaceuten en de patiënten. Want het moet wel een beetje levendig blijven!

Een greep:

**Donderdag 18 april** worden de longdagen geopend door Guusje ter Horst, na de Longdagen Lecture door Holgate worden er diverse sessies georganiseerd en is er een posterwalk en een publieksmarkt. Er is plaats voor ledenvergaderingen en werkgroepen, en last but not least het longdagen Debat "*Gedraag je nou (eindelijk) eens gezond!*" en de dag wordt afgesloten met een buffet en een drankje!

**Vrijdag 19 april** zijn er parallelle symposia over: *De Klinische blik, What is new in?, Meten is weten in de praktijk, Cutting edge in therapies*, een plenaire lezing over *Common mechanisms in paediatric and adult lung disease*. Free oral communications en een publiekssessie, posterwalk en publieksmarkt. Ten slotte reiken verschillende verenigingen hun prijzen uit voor uitzonderlijke prestaties en uitzonderlijke mensen. De Longdagen worden afgesloten met een plenaire lezing door Marc Willemsen die zal spreken over "*Een gezonder tabaksbeleid in Nederland en de EU*".

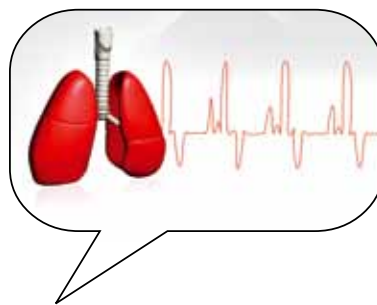
Kortom, dit hadden we nog niet in Nederland! Professionals, patiënten

en publiek. Wetenschap, zorg en maatschappelijke relevantie. En het mooiste is..... voor leden van de deelnemende verenigingen zijn de Longdagen GRATIS! Dus ook voor NVALT-leden. Je ziet het goed. En met één muisklik kan je het programma downloaden en je registreren. Via de NVALT site, klik op het logo van de Longdagen, en klaar ben je. Of ga direct naar: [www.longdagen.nl](http://www.longdagen.nl)

*Dus "Wie houdt van vragen....., komt naar de Longdagen!"*

Tot in de Jaarbeurs,

Peter Sterk  
namens de Congres Commissie



# De digitale revolutie binnen chronische longzorg

In de medische wereld wordt steeds meer waarde gehecht aan de toepassing van internet bij diagnostiek en behandeling van chronische ziekten. Voorbeelden hiervan zijn e-Health (electronic health) en sinds twee jaar ook m-Health (mobile Health).

E-Health staat voor alle software die patiënten en artsen kunnen gebruiken via het internet, terwijl bij m-Health gebruik gemaakt wordt van app's en andere software via de telefoon en lpad.

Voorstanders van het gebruik van deze toepassingen roemen de mogelijkheden tot zelf-educatie voor patiënten met betrekking tot hun ziekte en het monitoren van ziekteactiviteit, bijvoorbeeld door het invullen van de ACQ bij astma. Ook biedt E-health de mogelijkheid om op een laagdrempelige manier contact te leggen met behandelend verpleegkundige of arts.

Er wordt inmiddels volop wetenschappelijk onderzoek verricht naar de mogelijkheden van e-Health en m-Health bij astma en COPD.

In een recente Cochrane review (1) waarin 21 gerandomiseerde onderzoeken waren geïdentificeerd naar e-Health-programma's, vooral binnen de huisartspraktijk. Aangetoond werd dat monitoring via internet niet onderdeel voor routine controle. Daarbij werd er geen effect waargenomen op de kwaliteit van leven, noch kon een reductie van het aantal verwijzingen naar de spoedeisende hulp worden aangetoond. Wel werd een daling gevonden in het aantal poliklinische verwijzingen naar het ziekenhuis, met name bij patiënten met ernstig astma.

In Nederland zijn wat betreft astma inmiddels twee m-Health-apps te downloaden, beiden door farmaceutische bedrijven op de markt gebracht. Hierin kunnen patiënten hun ziekteactiviteit monitoren en krijgen zij informatie over hun ziekte. Wat betreft e-Health kunnen patiënten gebruik maken van 'MijnCOPDcoach', waarin zij verschillende modules kunnen volgen die door beroepsbeoefenaars geschreven zijn.

Persoonlijk maak ik binnen mijn

patiëntenzorg alleen gebruik van internet bij de begeleiding van patiënten die verdacht zijn voor longkanker of tijdens en na hun behandeling. Patiënten kunnen mij mailen met vragen over de diagnostiek of over de behandeling. Zowel mijn patiënten als ikzelf zijn daar erg tevreden over. Het contact is laagdrempelig, maar ik heb nog geen van mijn patiënten kunnen betrappen op onnodige vragen. Daarbij druk ik ze op het hart bij ernstige problemen niet te mailen, maar direct contact op te nemen met onze oncologieverpleegkundige of de huisarts.

Uiteraard zie ik dat de toepassingen nog nadrukkelijk in de kinderschoenen staan, maar ik denk dat dat niet zo zal blijven. Internetcontacten zullen nooit de waarde van een fysiek consult evenaren, maar als extra hulpmiddel om patiënten te ondersteunen, mogelijkheid tot educatie en laagdrempelig overleg te hebben, is ook voor een dokter misschien wel heel veel waard.

Sander de Hosson

(1). McLean S, Chandler D, Nurmatov A. et al. Telehealthcare for asthma: a Cochrane Review. *CMAJ*, August 9, 2011, 183(11), 733-42.

# 10.000 'zelf-wetenschappers' voor gezonde longen

Met je iPhone ontdekken hoe gezond de lucht is die je inademt – het kan dit voorjaar via het grootste wetenschappelijke 'citizen science' experiment ter wereld ooit: iSPEX, waarbij 10.000 Nederlanders fijnstof meten in hun eigen buurt. De inschrijving is 25 februari gestart, via [longfonds.nl/ispex](http://longfonds.nl/ispex).

"Ieder mens ademt elke dag lucht in en het is de vraag hoe gezond die lucht is", zegt directeur Michael Rutgers van het Longfonds. "Vooral van fijnstof, zoals roet, is bekend dat het kan leiden tot longziekten als astma en COPD."

**"Ieder mens ademt elke dag lucht in en het is de vraag hoe gezond die lucht is"**

## 'Zelf wetenschappen'

Door iSPEX ontdekken mensen zelf wat zij inademen. Dankzij nieuwe ruimtevaarttechniek kan iedereen met zijn eigen telefoon helpen om fijnstof in kaart te brengen. Met een opzetstukje en de bijbehorende app kan iedereen z'n telefoon gebruiken als wetenschappelijk instrument: hoe klein is het aanwezige fijnstof, hoeveel

zit er in de lucht en hoe schadelijk is het? Principes van lichtbreking, spectrum en polarisatie liggen ten grondslag aan de meettechniek. Via iSPEX gaan 10.000 Nederlanders meten, in heel het land. "Dat moet leiden tot een 'fijnstofkaart', die inzicht geeft in de gezondheidsrisico's in Nederland", zegt Rutgers. Het experiment is revolutionair; de techniek, de fijnmazigheid van de metingen en de omvang van het experiment zijn ongekend. De uitkomsten worden internationaal met belangstelling tegemoet gezien. "Bovendien wordt de fijnstofkaart gebaseerd op meer feitelijke metingen en minder op rekenmodellen en aannames."

## Aanmelden

Wie zich aanmeldt via [longfonds.nl/ispex](http://longfonds.nl/ispex), ontvangt eind april voor slechts € 2,50 het opzetstukje, dat over de camera van de iPhone geschoven



kan worden. De bijbehorende gratis app legt uit hoe een meting gemaakt wordt: je richt je camera in verschillende richtingen en maakt foto's van een blauwe hemel. Elke foto is een meting, waarbij je meteen ziet of er veel fijnstof in de lucht is. In de loop van mei of juni, als het KNMI in heel Nederland een heldere dag voorspelt, vindt de landelijke meetdag plaats. Alle 10.000 deelnemers samen zorgen dan voor metingen die één 'fijnstofkaart' van Nederland vormen.

## Academische Jaarprijs

iSPEX is een initiatief van Universiteit Leiden - NOVA (Nederlandse Onderzoeksschool voor Astronomie), het Nederlands Instituut voor Ruimteonderzoek (SRON), het RIVM en het KNMI. Universiteit Leiden won met iSPEX de Academische Jaarprijs 2012. Het Longfonds is hoofdpartner van het project, net als CNG Net, de populair-wetenschappelijke tijdschriften KIJK, Know How en Zo Zit Dat, en Avantes.



Mensen meten zelf fijnstof met iPhone in experiment iSPEX; inschrijving nu open via [Longfonds.nl](http://Longfonds.nl)



## Diakonessenhuis, Utrecht

Het erkennen van een deelopleiding is een vrij nieuwe ontwikkeling binnen de opleiding tot longarts. Het Diaconessenhuis in Utrecht is het derde ziekenhuis in Nederland waar een deelopleiding met een specifiek thema gevolgd kan worden. Eerder werden de stages longoncologie in het NKI-AvL en longvalidatie in Schoonendonk te Breda erkend. In oktober 2012 kwam in het Diaconessenhuis de eerste AIOS voor een stage 'niet-invasieve beademing (NIV) en slaaperelateerde ademhalingsstoornissen'. Het initiatief is ontstaan vanuit een samenwerking met het UMC Utrecht. In principe

volgen de AIOS uit het UMCU de stage NIV en slaap in het Diaconessenhuis. Maar door de zelfstandige status die de opleiding heeft, is het ook voor AIOS uit andere klinieken mogelijk om deze stage te volgen.

De stage duurt drie maanden. Hierin maakt de AIOS kennis met NIV op de verpleegafdeling en met slaaperelateerde ademhalingsstoornissen. Zo wisselen klinische en poliklinische zorg elkaar af. NIV is natuurlijk niet planbaar, maar de schema's zijn zo opgesteld dat de AIOS altijd naar een acute situatie toe kan gaan. Er is gekozen voor een deeltijdschema van vier dagen per

week. Het is dus mogelijk om één dag per week afwezig te zijn, bijvoorbeeld om in het eigen opleidingsziekenhuis een poli te blijven doen.

Indicatiestelling voor NIV is een belangrijk onderdeel van de stage. Daarnaast komen organisatie en samenwerking rondom NIV en slaaperelateerde ademhalingsstoornissen ruimschoots aan bod. Hoe organiseer je de zorg op de afdeling, welke afspraken maak je met intensivisten? Het gaat dus niet alleen om vakinhoudelijke aspecten, maar ook over organisatie van zorg en maatschappelijk en ethisch verantwoord handelen.



Van links naar rechts: René van Snippenburg, Aik Bossink, leontine van Elden, Marcel van Rens, Folkert Brijker, (Gijs Limonard ontbreekt op de de foto)



### **Anne van Lindert,** *huidige stagist*

In mijn opleiding kwam het thema NIV en slaapgerelateerde aandoeningen tot nu toe weinig aan bod. Door de samenwerking van het UMCU met het Diaconessenhuis kreeg ik de kans om laagdrempelig deel te nemen aan deze stage van drie maanden. Met twee slaappoli's, een CPAP spreekuur, een MDO slaap en werkzaamheden op zowel de afdeling als de ICU, is de werkweek redelijk gevuld. Er blijft ook tijd over voor theoretische verdieping, zowel qua pathofysiologie als fysiologie van slaap en ademhalingsregulatie. Dagelijks is er een onderwijsmoment en met behulp van micro-teachings

(korte interactieve video's) is er ook verdieping op het gebied van obesitas en metabool syndroom. Voorts uiteraard de mogelijkheid om mee te kijken met de KNO-arts (somnoscopie) en neuroloog. Verder leer ik polygrafie en polysomnografie' te beoordelen en interpreteren. Doordat de stage niet de hele week behelst, is er tijd om in de eigen opleidingskliniek actief en betrokken te blijven, zowel bij poliklinisch werk als bij de avond-, nacht- en weekenddiensten.

#### **Diaconessenhuis, opleidingsziekenhuis**

Het Diaconessenhuis is een erkend opleidingsziekenhuis en verricht (wetenschappelijk) onderzoek. Het

ziekenhuis heeft 14 erkenningen voor de opleiding tot (medisch) specialist. Jaarlijks worden ongeveer 60 artsen (AIOs) opgeleid tot medisch specialist en wordt een bijdrage geleverd aan het opleiden van ongeveer 340 coassistenten binnen 14 specialismen. Daarbij heeft het ziekenhuis 15 landelijke erkenningen voor zorggerelateerde opleidingen, zoals specialistische verpleegkundige vervolgoopleidingen, OK- en Anesthesieopleidingen, dokters- en apothekersassistent. Het Diaconessenhuis heeft ook een opleidingserkenning voor de specialisatie Ouderengeneeskunde en leidt hiervoor diverse artsen op.



**In het pulmonaal portret telkens een andere longarts aan het woord.**

---

### Monique Reijers

**Geboren**  
Zevenaar, 1969

**Opleidingskliniek**  
AMC, Academisch Medisch Centrum,

**Huidige kliniek**  
Universitair Centrum voor Chronische Ziekten Dekkerswald

---

#### Waarom koos je uiteindelijk voor de specialisatie longziekten?

Na omzwervingen in de interne geneeskunde viel ik telkens in slaap met de 'Lancet' naast het hoofdkussen en kon het mij niet boeien waarom het Kalium nou 4.4 mmol/L was. Een vervroegde longstage in de opleiding tot internist, enthousiaste longassistenten (o.a. Johan Lie, Frans Krouwels) toonden mij de veelzijdigheid van het longgeneeskundig vak: ik was verkocht.

#### Wat is je aandachtsgebied en waarom?

Mijn aandachtsgebied is bronchiectasieën en CF. Tijdens mijn

promotieonderzoek (over medicatie bij HIV) is de interesse voor immunologie en infectieziekten gegroeid. Bij deze groep patiënten kun je veel verschil maken door een integrale benadering. Dat spreekt me aan.

#### Bent je actief binnen de NVALT?

In mijn assistententijd heb ik in het concilium en assistentenbestuur gezeten. Nu probeer ik mijn steentje bij te dragen in de werkgroep infectieziekten en CF.

#### Wat is de grootste verbetering van de afgelopen 30 jaar binnen de longziekten?

Over dertig jaar kan ik nog niet oordelen. Ik vind de toenemende transparantie in de zorg een goede ontwikkeling. Het maakt dat de afstand tussen de academie en de perifere ziekenhuizen kleiner wordt.

#### Wat is binnen de longziekten verslechterd in de afgelopen 30 jaar?

De toenemende tendens om in cure te investeren, terwijl preventie en care werden gemarginaliseerd.

#### Neem je je werk mee naar huis?

Zeker, zowel letterlijk als figuurlijk. In mijn slaap dienen zich soms de meest creatieve oplossingen aan.

#### Hoe ontspan je je?

Eten en drinken met vrienden, sporten, maar ook door het strijken van de was en luisteren naar de verhalen van zoon en dochter.

#### Wat was de belangrijkste verandering tijdens je loopbaan?

Het besef dat ik een academisch georiënteerde arts ben. Ik heb vaak discussies gevoerd over wat de toegevoegde waarde is van de academie. En onderliggend natuurlijk de vraag: is het beter? Door het huidige financieringssysteem worden

de academische ziekenhuizen gedwongen een efficiëntieslag te maken en productieverricht te gaan werken. De bijbehorende transparantie is een groot goed. Maar het wordt ook duidelijk dat door superspecialisatie de academische ziekenhuizen niet uitgerust zijn om alleen efficiënte en doelgerichte zorg te bieden. Een complicerende factor is dat de 'academische' dokters niet alleen de mindset horen te hebben om efficiënt en productieverricht te werken. Hun taak is ook 'om het hoekje' te denken. Tijd te investeren in de vragen die een laagje dieper liggen en daarmee leiden tot beter inzicht, tot zelflerende effecten bij longartsen in opleiding, onderzoeksvraagstellingen en uiteindelijk leiderschap in hoe longgeneeskunde zich kan ontwikkelen. Academie en perifere ziekenhuizen horen daarom complementair te zijn in plaats van elkaar te beconcurreren en samen een volwaardige opleiding en een volwaardig zorgstelsel te verzorgen.

#### Wat is je advies aan jonge longartsen (i.o.)?

Zoek in jezelf wie en wat je bent als longarts en wat je wilt betekenen voor je patiënten. Ga en sta daarvoor.

#### Wat is de grootste uitdaging in je werk?

Kiezen.

#### Hoe zie je je toekomst in het ziekenhuis?

Het CF-centrum Oost Nederland is groeiend en succesvol. Vorig jaar zijn we gestart met een specifieke multidisciplinaire polikliniek voor bronchiectasieën die door de patiënten als zeer waardevol wordt gezien. De samenwerking met onze TB-expertise in Dekkerswald en schimmel- en immunologische expertise in UMCN St Radboud vormt hiervoor een goede basis.



In ons symposium in maart (zie NVALT jaarkalender) wordt de multidisciplinaire benadering in zowel diagnostiek en behandeling gepresenteerd.

Sinds kort ben ik waarnemend opleider. Die rol wil ik verder vorm geven samen met Yvonne Heijdra, opleider.

Naast bovenstaande werk ik nu een dag in de week als auditor bij de kwaliteitsafdeling van ons ziekenhuis. Het bevalt me boven verwachting goed om constructief na te denken over het spanningsveld tussen toenemende controle en verantwoording enerzijds, en onze beroepsvrijheid en tijd voor de patiënten anderzijds.

### Hoe zie je de toekomst van het Nederlandse zorgstelsel?

Het is een farce om in termen van marktwerking over de zorg te denken. Economische ontwikkelingen zullen waarschijnlijk de zorg verder verschrallen en maatschappelijke, ethische keuzes van onze beroepsgroep gaan vragen. Het zal veel creativiteit vragen om toch de verdere ontwikkeling van het inhoudelijk vak te blijven waarborgen. Maar ik ben ook een optimist en misschien ook een opportunist: Elke bedreiging biedt ook kansen!

### Wat is je dierbaarste bezit?

Mijn gezin.

### Als je uit eten kon met een bekend persoon, wie zou je dan kiezen?

Neelie Smit Kroes. Lijkt me een superinteressante vrouw. Eerste vraag zou zijn wat ze in godsnaam met Bram Peper moest...

### Wat is je lijfspreuk?

A dirty mind is a joy forever...

### Aan wie mogen wij de volgende keer vragen stellen?

Johan Lie, eens horen of hij ooit getwijfeld heeft aan 'het vak'....

## ‘Advance care planning’



De gesprekken die wij voeren met patiënten over behandelbeperkingen zijn niet altijd om trots op te zijn. Meestal worden ze gevoerd op het verkeerde moment (op de spoedeisende hulp) en door de verkeerde persoon (de jongste dokter). Het gebeurt regelmatig dat de patiënt denkt dat het gesprek een omslachtige manier is om te vertellen dat magere Hein aan de deur staat te rammelen. Of er helemaal niets van begrijpt, zoals de hoogbejaarde vrouw met wie ik als arts-assistent op de hartbewaking in gesprek ging. Het gesprek liep matig, vooral ten gevolge van haar stoffige negentigjarige oortjes. Een behulpzame verpleegkundige, die het ook niet meer kon aanzien, brulde toen:

‘Als u een hartstilstand krijgt, moeten we dan alles uit de kast halen?’ De vrouw knipperde met haar ogen in opperste verwarring, leek zich toen te herpakken en antwoordde: ‘Ik heb die kast net nieuw... Maar als ik dood ben heb ik er niets meer aan natuurlijk. Dus ja, waarom niet?’

‘Als u een hartstilstand krijgt, moeten we dan alles uit de kast halen?’ De vrouw knipperde met haar ogen in opperste verwarring, leek zich toen te herpakken en antwoordde: ‘Ik heb die kast net nieuw... Maar als ik dood ben heb ik er niets meer aan natuurlijk. Dus ja, waarom niet?’

Dat dit soort gesprekken niets met goede patiëntenzorg te maken hebben is duidelijk. Maar er zijn meer redenen om het anders te gaan doen. Uit de literatuur die er is over ‘advance care planning (ACP)’ (een Nederlandse term is ‘proactieve zorgplanning’) weten we dat dit de kwaliteit van zorg in de laatste levensfase verbetert en een positief effect heeft op de rouwverwerking van familieleden.

Daarbij is aannemelijk dat als proactieve zorgplanning breed wordt toegepast, er minder dure maar ongewenste behandelingen worden gegeven.

Dus wat let ons? De zorg die we leveren aan onze patiënten met ernstig COPD voelt vaak inadequaaf. We schrijven recepten die een ander ook kan schrijven, we doen de longfunctie nog eens over zonder dat de diagnose gaat veranderen. We weten (uit het proefschrift van Daisy Janssen) dat ze het gesprek over hun toekomst graag met ons aan willen gaan. Vaak genoeg horen we ‘de vraag achter de vraag’, en vaak genoeg denken we ‘het zou me verbazen als hij er volgend jaar nog is’. Maar we kunnen de prognose niet goed inschatten, we zijn bang om hoop weg te nemen, en we hebben geen tijd.

Om met het laatste argument te beginnen: een manier die naar mijn ervaring goed werkt is om per week één uur vrij te plannen voor één ACP-gesprek, buiten het normale spreekuur. Patiënten die zelf beginnen over hun vooruitzichten vraag ik om terug te komen op een ander tijdstip, en een naaste mee te brengen. Onze longverpleegkundige is ook bij het gesprek aanwezig. De punten die idealiter aan de orde komen zijn: Diagnose en prognose; doelen en verwachtingen van de patiënt; voorkeuren voor reanimatie, IC-opname, invasieve en niet-invasieve beademing; voorkeuren voor zorg rondom het overlijden; doodgaan en hoe dat kan gaan; mogelijkheden voor het verlichten van het lijden;

zingeving; rol van een wettelijk vertegenwoordiger; zorgen en vragen. Naar aanleiding van het gesprek wordt een verslag naar de huisarts en naar de patiënt gestuurd.

Wat ACP-gesprekken bijzonder maakt is dat ze zeer persoonlijk zijn. Mensen krijgen de kans om jou te laten zien wie ze zijn, wat hun angsten zijn, welke ervaringen ze hebben met doodgaan en lijden. Vaak is men na het gesprek opgelucht dat hun wensen zijn vastgelegd. Wegnemen van hoop is eigenlijk niet aan de orde.

Eén van de belangrijkste doelstellingen van de werkgroep palliatieve zorg is het inbedden van ACP-gesprekken in de COPD-zorg. Het streven is dat deze gesprekken gevoerd worden met patiënten die transities in hun ziekteproces doormaken: de eerste opname met een exacerbatie, het starten van zuurstoftherapie, afgekeurd worden voor werk of bijvoorbeeld het afgewezen worden voor longtransplantatie. In de opleiding tot longarts moet aandacht zijn voor het voeren van deze gesprekken. Deze training wordt nu met name gegeven tijdens de palliatieve clinic in Liverpool (9-12 juni a.s.; ook voor AIOS dus!).

Een samenvatting van de literatuur over proactieve zorgplanning is te vinden in het visiedocument van de werkgroep palliatieve zorg, te downloaden via de NVALT-site (doorklikken naar werkgroepen, werkgroep palliatieve zorg, literatuur).

Kris Mooren

# Modules in Bronchoscopy

26-28 september 2012

Eind september namen wij deel aan de cursus 'Modules in Bronchoscopy', een driedaagse bronchoscopie cursus. Deze cursus werd georganiseerd door de afdeling longgeneeskunde van het VUMC, onder leiding van Dr. J. Daniels en Dr. T. Sutedja. Er waren enthousiaste voordrachten van Dr. P. Shah (Londen), Prof. J. Annema (AMC) en Dr. A. McWilliams (Vancouver, Canada). Het publiek bestond uit AIOS, ervaren longartsen en verpleegkundigen.

Op de eerste dag ('Basic Bronchoscopy') stonden anatomie, 'airway management' en 'airway hemorrhage management' op het programma. Aanvankelijk werd gestart met een theoretisch deel, dit werd gevolgd door een praktische hands-on sessie waarbij er geoefend kon worden op varkenslongen. Maar let op: de anatomie van de varkenslong verschilt wel ten opzichte van menselijk anatomie! We moesten nog goed zoeken naar het ostium van de rechter bovenkwab. Die mondt bij varkens immers uit de trachea.

De cursus werd dit jaar voor het eerst aan zowel verpleegkundigen als aan artsen gegeven. Bij het theoretische deel waren de groepen gesplitst, bij de hands-on sessies werd er samengewerkt door de artsen en de

verpleegkundigen. De take-home message wat betreft het onderwijs over endobronchiale bloedingen is makkelijk samen te vatten met de volgende mantra: 'Suction....suction.... suction....check own pulse.... suction....more suction....'

Op dag twee ('Advanced Diagnostic Bronchoscopy') was de aandacht gevestigd op technieken als TBNA en endo-echografie. Dr. Pallav Shah, een coryfee op het gebied van endo-bronchiale technieken, legde ons een mooie techniek uit waarbij de endo-echografie soms overbodig is. Met zijn methode waarbij hij een voorstelling van een klok in de CT weergeeft en in tweede instantie hetzelfde endobronchiaal doet, kan hij – naar eigen zeggen- veilig vrijwel alle regionale lymfeklierstations echo-vrij aanprikken. Prachtig om te zien, niet zo makkelijk om na te doen.

Dag drie ('Advanced Therapeutic Bronchoscopy') gaan wij komend jaar volgen. Deze dag belooft mooie hands-on sessies over het plaatsen van endo-bronchiale ventietjes, starre scopieën, luchtwegstenting en endobronchiale ablatietechnieken.

Een leerzame, goed georganiseerde cursus met veel gelegenheid tot zelf oefenen. Een absolute aanrader voor

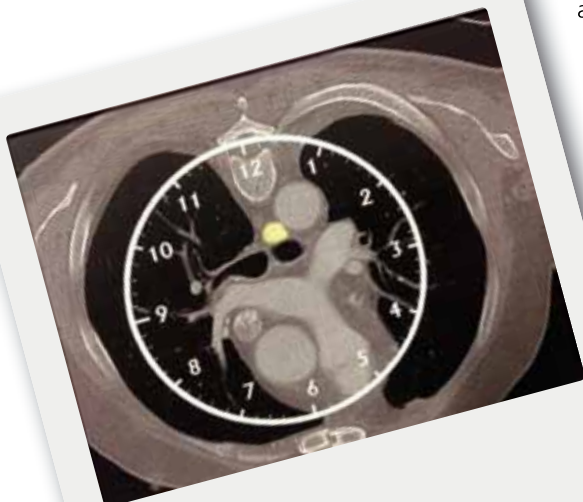


*Een leerzame, goed georganiseerde cursus met veel gelegenheid tot zelf oefenen.*

zowel de longarts in opleiding als de wat meer ervaren longarts.

Meer informatie over deze cursus is te vinden op de website [www.bronchoscopy.nl](http://www.bronchoscopy.nl)

Nienke Thönissen en Lana Tarasevych



13 en 14 december, Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede

# Verslag masterclass IPF: diagnostiek en management

Op 13 december werden we in het begin van de middag gastvrij ontvangen in een wit en winters Ede. Na een kort kennismakingsrondje kon de masterclass beginnen.

Het spits werd afgebeten door Prof. Dr. Johnny Verschakelen, de Leuvense hoogleraar radiologie. Hij friste onze kennis van HRCT's op aan de hand van HRCT beelden, PA-preparaten en vergelijkingen tussen deze twee diagnostische technieken. Hierbij gaf hij ons de volgende basisvragen:

- Is het wel een interstitieel longbeeld? Zo ja, wat is het onderliggende patroon en wat is de verdeling?
- Is dit patroon typisch voor een bepaalde ziekte? Wat is de correlatie met de kliniek?
- Is histologische bevestiging noodzakelijk? Zo ja, waar kan men dan het beste biopteren?

Als definitie van interstitieel longlijden werd genomen: Een ziekte die diffuus over een deel van de long verspreid is, met een zich herhalend patroon op CT. Een patroon kan nodulair of lineair zijn, er kan toegenomen of afgenomen attenuatie zijn, en er kunnen gemixte patronen voorkomen. Deze patronen kunnen zich o.a. centraal of perifeer bevinden of juist langs de bloedvaten. Als men dan weet volgens welke patronen en anatomische grenzen een bepaalde interstitiële longaandoening (ild) zich gedraagt,

kan met behulp van het HRCT beeld meestal adequaat een diagnose worden gesteld.

Zodra die diagnose gesteld is, komt vanzelfsprekend de vraag: En nu, dokter?

In het volgende praatje leidde Prof. Dr. Marjolein Drent - hoofd van het ILD-team Ziekenhuis Gelderse Vallei - ons door een aantal belangrijke vervolgvragen. Is er mogelijk een aanwijsbare oorzaak te vinden, is er sprake van een ziekte door blootstelling? Hoe kan dit vermeden worden? Ook benadrukte zij het belang van verder onderzoek naar behandelbare problemen, ook als er sprake is van een infauste prognose. Een patiënt met een usual interstitial pneumonia (UIP) kan ook OSAS hebben. Behandeling van dit OSAS kan de conditie van patiënt sterk verbeteren. Ook kan een revalidatieprogramma de kwaliteit van leven sterk verbeteren. Daarnaast kunnen maagzuurremmers een positief effect hebben op het beloop, evenals antioxidanten.

Vervolgens was het tijd voor een tweetal workshops. Prof. Dr. Johnny Verschakelen liet ons oefenen met HRCT's. Dr. Ries Schouten, medisch microbioloog, benadrukte de infectieuze risico's bij het gebruik van biologicals. Bij het gebruik van biologicals treed er een verstoorde cellulaire immuunrespons op (T-lymfocyten), waardoor m.n. virale infecties de kop op kunnen steken.

Verder werd het belang van screening en evt. zelfs vaccinatie voor start biologicals besproken.

Tijdens de tweede dag vertelde Prof. Dr. Aalt Bast over vrije zuurstofradicalen en de effecten daarvan. Begrip hiervan zorgt voor een beter inzicht in het ontstaan van longschade en de manier waarop bepaalde medicamenten deze schade tegengaan. Bij longfibrose is er een gedaald gehalte glutathion in de epitheliale lining, waarschijnlijk door verbruik (glutathion regenereert na oxidatie). Acetylcysteïne helpt de glutathionspiegel in de long te verhogen. Zo kunnen weer meer vrije zuurstofradicalen worden weggevangen en kan mogelijk nieuwe schade voorkomen worden. Dit is ook het principe van hoge dosis acetylcysteïne bij een paracetamolintoxicatie. De glutathionspiegel in de lever wordt verhoogd door acetylcysteïne. Naast de werking van acetylcysteïne werd ook ingegaan op het mechanisme achter de werking van steroïden, azathioprine en pirfenidone. Later zou Prof. Bast in de workshops uitleggen hoe bepaalde stoffen, wederom via het ontstaan van vrije zuurstofradicalen, leiden tot longschade en hoe een gezond dieet kan bijdragen aan het voorkomen van achteruitgang van de longfunctie. Tenslotte werden de tussentijdse berichten betreffende de PANTHER studie genuanceerd. Als je voor het starten van een behandeling



met azathioprine een thiopurine-S-methyltransferase (TMPT) test verricht, is het risico dat de patiënt azathioprine niet kan verdragen minimaal.

Nu de theoretische werking van pirfenidone was toegelicht, was het tijd voor ervaring met dit nieuwe middel in de praktijk. Dr. Marlies Wijsenbeek, voorzitter van het ILD- team in het Erasmus MC, vertelde over haar ervaringen in de behandeling van IPF-patiënten met pirfenidone. Ze vertelde over de moeilijke beslissing wanneer te starten, over de bijwerkingen, maar ook over het stabiliseren van de longfunctie. Kortom, een veelbelovend middel, waar wel nog veel ervaring mee opgedaan dient te worden.

Dr. Erik Verschuuren – immunoloog op de afdeling longtransplantatie in het UMCG - gaf een workshop over de (on) mogelijkheden van longtransplantatie en huidige stand van zaken in Nederland. Als een patiënt ondanks alle interventies verder achteruitgaat en een steeds beperktere inspanningstolerantie heeft, kan een patiënt verwezen worden voor longtransplantatie. Er worden momenteel ongeveer 70 longen per jaar getransplanteerd en er staan tussen de 200 en 250 mensen op de wachtlijst. De donor en de ontvanger dienen dezelfde bloedgroep hebben en ongeveer dezelfde TLC. De transplantaties worden momenteel nog op volgorde van wachttijd uitgevoerd. Een nieuw systeem maakt

op korte termijn zijn intrede: de lung allocation score. Met deze score wordt een afweging gemaakt tussen de kans op overlijden zonder en met transplantatie. Hiermee hoopt men de wachtlijsten eerlijker te maken. Na de middag werd de ILD-masterclass afgesloten met casuïstiekbespreking. Hierbij werd flink gediscussieerd, er bleek genoeg stof tot nadenken. Samenvattend: het was een leerzame cursus met een leuke sfeer, een echte aanrader!

Drs. Gwenda Vleeshouwers,  
*longarts i.o. MUMC Maastricht*  
gwendavleeshouwers@hotmail.com



## Samenvatting proefschrift Jiska Snoeck-Stroband

# ‘TOWARDS CLINICAL PHENOTYPING IN COPD’

12 september 2012, Leids  
Universitair Medisch Centrum

Chronisch Obstructieve Long Ziekten (COPD) is wereldwijd een groeiend gezondheidsprobleem en wordt verwacht in 2020 de derde doodsoorzaak te zijn. De aandoening wordt gekenmerkt door een verminderde functie van de longen, welke is geassocieerd met ontsteking van de luchtwegen. Patiënten met COPD hebben klachten van hoesten, slijm opgeven en benauwdheid. Verschillende subgroepen van de aandoening die gerelateerd zijn aan klinisch belangrijke uitkomsten of effecten van behandeling kunnen we beschrijven als fenotypes. In het proefschrift getiteld ‘Towards clinical phenotyping in COPD’ wordt onderzoek beschreven naar gedetailleerde fenotypering van COPD en effecten van behandeling met inhalatiecorticosteroiden, al dan niet met langwerkende luchtwegverwijders (12 september 2012).

Het is gebaseerd op analyses van de ‘Groningen Leiden Universities Corti-

costeroids in Obstructive Lung Disease’ (GLUCOLD) studie.

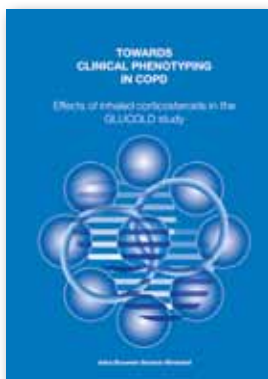
Het proefschrift is specifiek gericht op health status, chronische bronchitis, luchtwegobstructie, hyperreactiviteit en ontsteking in de luchtwegen. Uit de GLUCOLD studie bleek dat longfunctie, ontsteking, en kenmerken die eerder aan astma werden toebedeeld aparte componenten zijn. Dit suggereert dat het inderdaad mogelijk is fenotypes te definiëren binnen de grote groep patiënten met COPD. Het belangrijkste voor de patiënt met COPD zijn de luchtwegklachten en beperkingen die hij of zij in het dagelijks leven ervaart en die een verminderde kwaliteit van leven veroorzaken. De resultaten lieten zien dat kwaliteit van leven was gerelateerd aan meer ontstekingscellen in slijm. Dit suggereert dat een speciaal pathologisch fenotype van invloed kan zijn op de kwaliteit van leven bij patiënten met matig ernstig COPD.

Ongeveer een derde van alle patiënten met COPD heeft klachten van langdurig hoesten en slijm (chronische bronchitis). Dit bleek gerelateerd te zijn aan een specifiek ontstekingspatroon van de luchtwegen. Echter, chronische bronchitis was geen voorspeller voor behandeling en het blijft daarmee de vraag of het hier om een relevant fenotype gaat. Op de lange termijn bleek dat er een beter effect was van het gebruik van inhalatiecorticosteroiden op de achteruitgang van de longfunctie bij patiënten die minder gerookt hadden, meer diffusiecapaciteit van de longen, minder hyperinflatie en minder ontste-

kingscellen in geïnduceerd sputum. Dit suggereert dat het beter werkt in een eerder stadium van de aandoening of bij patiënten die minder last hebben van emfyseem. Hierbij is het belangrijk om te weten dat dit gold voor patiënten uit deze studie met matig ernstig COPD waarvan de meesten nooit eerder inhalatiecorticosteroiden hadden gebruikt.

Hoe kunnen we de wetenschap toepassen in de praktijk en een vertaalslag maken naar de patiënt en zijn of haar behandelaar? Is het voldoende om patiënten ad hoc te behandelen op basis van luchtwegklachten? Of moeten we verder kijken, profiteren van de uit de wetenschap opgedane kennis en meer gebruik maken van profielen zoals die nu onderzocht worden in meerdere studies? De unieke setting van de GLUCOLD studie heeft hier een stap in gezet door matig ernstige COPD patiënten zeer gedetailleerd in kaart te brengen en te onderzoeken wat de effecten van behandeling zijn. Hierbij blijken in de onderzochte onderzoeksgroep bepaalde patiënten met COPD met minder gevorderd ziektebeeld of fenotypes met minder emfyseem meer baat te hebben van inhalatiecorticosteroiden. Dit geeft een hoopvol perspectief voor een deel van de patiënten met COPD op het doen afremmen van de voortgang van de aandoening in de toekomst.

Voor meer informatie over de beschreven onderzoeken of een kopie van het proefschrift kunt u zich wenden tot: J.B.Snoeck-Stroband@lumc.nl





## IN MEMORIAM

### Prof. dr. Chris Hilvering (1930 - 2013)

Chris Hilvering werd op 21 mei 1930 geboren in Pematang Siantar op Java, toenmalig Nederlands Indië. Zijn vader werkte bij de Nederlandse Handels-

maatschappij. Het gezin huiste in 1933 naar Nederland en Chris Hilvering groeide op in Groningen. Na de middelbare schooltijd ging hij eveneens in Groningen geneeskunde studeren en werd lid van het studentencorps Vindicat. In zijn studententijd was hij ook lid van de waterpolovereniging van Vindicat, de vereniging de Walvisch. Nadat Chris afgestudeerd was heeft hij op diverse plaatsen waargenomen, maar is daarna als tropenarts gaan werken bij de Deli-Maatschappij in Medan op Sumatra in Indonesië. Chris vond veel uitdaging in het werk in het Deli-ziekenhuis, maar de politieke situatie in Indonesië verslechterde snel, en het gezin moest vanwege de perikelen rondom Soekarno rond de kerst '57 snel naar Nederland vertrekken. Na terugkeer in Nederland vond Chris Hilvering een baan in het Sanatorium Beatrixoord te Appelscha. De werkzaamheden in het Sanatorium Beatrixoord van Appelscha werden gecombineerd met een promotieonderzoek dat resulteerde in een promotie bij Prof. Kraan. Chris is rond die tijd gestart met de opleiding tot longarts bij Prof. Orie in het Academisch Ziekenhuis in Groningen. Na zijn opleiding tot longarts was Chris nauw betrokken bij het Beademingscentrum van het Academisch Ziekenhuis in Groningen. In 1972 volgde de benoeming tot hoogleraar Longziekten aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam en het Dijkzigt Ziekenhuis. De eerste leerstoel Longziekten en Tuberculose in Rotterdam.

Chris was een intens toegewijde arts en een rasclinicus onder de hoogleraren. Hij genoot veel vertrouwen bij zijn verwijzers en natuurlijk ook bij de patiënten. De beginperiode in Rotterdam was niet makkelijk, er was aanvankelijk geen longafdeling en er moest zelfs een speciale afdeling gebouwd worden. Dit gebouw kreeg een bijzondere naam: "Semi-permanente Vleugel", maar tot op de dag van vandaag is de Longafdeling daar nog steeds in gehuisvest. Het was een betrekkelijk kleine staf met weinig arts-assistenten in opleiding, in een relatief groot ziekenhuis. Chris Hilvering was er bijna dag en nacht. Voor zijn komst konden er geen patiënten beademd worden; hij heeft zowel de beademingsafdeling als de afdeling thuisbeademing opgezet. Mede dankzij hem behoort het Erasmus MC tot een van de vier ziekenhuizen met een sectie thuisbeademing.

Vanwege zijn intense betrokkenheid bij de patiënten was hij altijd al in alle vroegte op de afdeling, ongeveer om

06:45 uur. Het eerste wat hij dan meestal deed was een visite op de Intensive Care. Als hij het niet vertrouwde bleef hij soms op de afdeling slapen of bleef hij lang in de buurt totdat de toestand van de patiënt gestabiliseerd was.

Voor de assistenten in opleiding waren de woensdagochtendbesprekingen berucht. Je moest dan alle foto's in orde hebben en er mocht niks missen, maar natuurlijk ontbrak altijd de eerste thoraxfoto, de meest belangrijke, want daarmee kon je alle andere foto's vergelijken. Ook andere foto's moesten er zijn, want anders was er sprake van het MEX-fenomeen: de Missing Most Essential X-ray. Chris Hilvering kon zich daarover zeer opwinden, hij was van mening dat de arts-assistenten die zaken voor de woensdagochtend allemaal voor mekaar moesten hebben. Voor de refereeravonden bakte mw. Hilvering altijd cake of Groninger koek of een tulband en we smulden daar altijd van.

Behalve dat Chris een uitmuntend bedrijver was van wat tegenwoordig topklinische patiëntenzorg heet, hechtte hij ook heel veel belang aan klinische studentenonderwijs en aan de specialistenopleiding. Hij stimuleerde dat assistenten naar nascholingen gingen in binnen- en buitenland. Ook heeft hij zich ingezet om het cursorisch onderwijs op te zetten voor assistenten in opleiding. Bij de Bronkhorst Colloquia was hij ook altijd actief betrokken. Voor de vele verdiensten voor de Nederlandse Vereniging voor Longziekten is hij gewaardeerd met een erelidmaatschap, een voorrecht dat slechts zelden wordt toegekend. Hij heeft zich ook altijd actief voor vele activiteiten binnen de NVALT ingezet.

Hij had een hele duidelijke aversie tegen bestuurders en beheerders die vanuit een kosten-baten analyse de zorg wilde regelen voor de patiënten waar hij verantwoordelijk voor was. Hij heeft dat nooit onder stoelen of banken gestoken en ik herinner mij dat hij bij jaargesprekken over begrotingen altijd kwaad terug kwam en zei: "Ze vinden dat ik weer teveel geld heb uitgegeven aan antibiotica".

Samenvattend, Chris Hilvering was er voor de patiënt en hij heeft een buitengewoon goede klinische afdeling opgezet. Hij was pionier m.b.t. de Thuisbeademing en de Intensive Care.

Het is een voorrecht om een tijd met hem te hebben mogen werken. Hij was een zeer inspirerende opleider met een groot hart voor zijn patiënten en de assistenten. Zijn gedachtengoed en attitude leven vanzelfsprekend voort in de patiëntenzorg en het onderwijs op onze afdeling.

*Henk Hoogsteden*



## IN MEMORIAM

### Ank Sonnenberg (1968 - 2013)

Op 17 februari overleed onze zeer gewaardeerde collega Ank Sonnenberg op de leeftijd van 45 jaar. Ank heeft slechts 1 jaar bij ons gewerkt,

maar in dit jaar heeft zij een onvergetelijke indruk op ons gemaakt. Toen Ank bij ons kwam werken was de diagnose gemetastaseerd melanoom al gesteld. Ank wist als geen ander wat dit betekende, maar wenste geen medelijden. Weinig mensen buiten haar directe werkomgeving waren dan ook op de hoogte van haar ziekte. Haar passie was zorg voor de oncologiepatiënten. Haar eigen ziekte stond dit werk niet in de weg, maar leek het juist een extra dimensie te geven. De verslagenheid onder patiënten bij het verscheiden van Ank is dan ook groot. De plek die ze bij ons als longartsen innam was belangrijk.

In een moeilijk jaar voor de longafdeling ging Ank rustig haar weg en diende als inspiratiebron voor velen. In december 2012 werden uitzaaiingen in haar hoofd geconstateerd. Ook deze bittere pil slikte ze dapper. Twee weken voor Anks overlijden kwam zij voor het laatst naar de longafdeling. Lang heeft zij toen samen met haar zoontje Tijn op de afdeling doorgebracht en met veel mensen gesproken. Vooral was ze geïnteresseerd in het wel en wee van de afdeling. Niemand kon op dat moment bevroeden dat dit haar laatste bezoek was. Ank is rustig overleden. Zij laat een grote lege plek achter in ons ziekenhuis. Onze gedachten zijn speciaal bij haar man Erik en haar zoon Tijn.

Namens de afdeling longziekten VUmc

*Anton Vonk Noordegraaf  
Annemarie Becker*

## IN MEMORIAM

### Prof. Dr. Jan Bogaard (1936 - 2013)

Afgelopen maand overleed op 76 jarige leeftijd prof. dr. Jan Bogaard, jarenlang verbonden aan het Erasmus MC als hoogleraar fysica van de ademhaling. De longgeneeskunde in Nederland verliest daarmee één van de toonaangevende longfysiologen. Jan heeft zich jarenlang ingezet, zowel nationaal als internationaal, voor de longfunctie. Hierbij had hij steeds voor ogen hoe klinisch wetenschappelijk onderzoek door middel van het goed inzetten, begrijpen en interpreteren van longfunctietesten naar een hoger niveau gebracht kon worden. Steeds weer benadrukte hij in onderzoeksbesprekingen op welke wijze longfunctietesten bij konden dragen aan betere onderzoeksresultaten. Hierbij moest hij inzwemmen tegen de vloedgolf aan immunologische testen die ons vak overspoelden en de longfunctie naar de achtergrond drukten, meestal gedreven door een gebrek aan kennis over de waarde van de longfunctie.

De afnemende kennis van het vak natuurkunde was hem een doorn in het oog. Hij ging met ongeremd enthousiasme aan de slag om bij elke mogelijke gelegenheid zijn toehoorders de kennis van natuurkunde en longfunctie in het bijzonder bij te brengen. Menig arts-assistent longgeneeskunde, interne, anesthesie zal zich dit herinneren tijdens het verslaan van de longfuncties tijdens de stage. Hij had het talent om dit op een begrijpelijke en aansprekende wijze te doen. Eerst met de overhead waar je zo makkelijk extra lijnen bij kon trekken, maar later waren alle dia's en overheads gescand in een powerpoint-presentatie. Zo werd ook het whiteboard op zijn kamer gebruikt. Jan staand en tekenend op zijn whiteboard en de andere onderzoekers zittend aan de tafel en volgend.

Artikelen keek hij met een speciale precisie na. Iedereen die met Jan gewerkt heeft kent het kenmerkende



prachtige handschrift met zwarte vulpen. Alleen had hij dan wel de versie van het artikel waar je zelf trots op was, letterlijk op papier, geknipt en geplakt tot een nieuw verhaal. "Misschien kan je het beter zo doen". Zijn deur stond altijd open voor iedereen met vragen; zeker voor zijn promovendi was er altijd tijd. Behalve na de lunch wanneer hij zich 10 minuten terugtrok en er een briefje op zijn deur geplakt werd: "de professor slaapt".

Naast het wetenschappelijk onderzoek en het begeleiden van promovendi van diverse medische disciplines (longziekten, kindlongziekten, neurologie, huisartsgeneeskunde) heeft Jan altijd veel aandacht besteed aan de opleiding en de bijscholing van de longfunctie-analisten. Als secretaris van de Commissie Opleiding Longfunctieassistenten (COLF) van de NVALT was hij tot 1986 medeverantwoordelijk voor de organisatie van de opleiding. Als redacteur en auteur heeft hij bijgedragen aan de door de NVALT uitgegeven "longfunctieklappers" die jarenlang de basis hebben gevormd van het lesmateriaal aan de analisten. Hij was de stuwende kracht voor de regionale opleiding van een aantal longfunctielaboratoria rond Rotterdam. Vanaf het eerste begin in 1980 tot recent heeft hij actief bijgedragen aan bijscholingen en kadertrainingen van de Nederlandse

Vereniging van Longfunctieassistenten (NVALT). Er verschenen artikelen van zijn hand in "Longkruid", het periodiek van de NVALT. De afgelopen jaren kreeg hij belangstelling voor de geschiedenis van de Nederlandse onderzoekers op het gebied van de longfunctie tussen 1780 en 1950. Een bloemlezing van de columns die hij hierover heeft geschreven werd in 2010 uitgereikt aan elk NVALT-lid.

Hoewel hij al langere tijd genoot van zijn pensioen bleef hij actief binnen de longfunctie. Hij was als longfysioloog adviseur in het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam. Zijn brede interesse en zorg zette hij op diverse plaatsen in de maatschappij in. Bij weer en ontij vertrok op de fiets vanuit Bleiswijk, of met de vouwfiets in de trein. Van zijn gezin (inclusief zijn kleinkinderen) genoot hij intens, hij vertelde over hen met plezier en dankbaarheid. De longgeneeskunde verliest een bijzonder mens. Het verlies van deze man moet voor zijn vrouw, zijn drie zonen, hun echtgenotes en zijn kleinkinderen een zeer groot gemis zijn.

Joachim Aerts  
Carel Roos

*dit dekt  
volgens mij  
de lading!  
beter!*

*Influenza of decelerated expiratory flow on  
airway compression in ventilated COPD  
patients; application of the interruptor technique*

**Decelerated expiratory flow in ventilated  
patients with COPD as a substitute for  
pursed lips breathing**

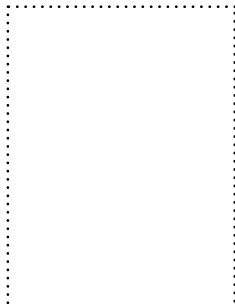
*Same driving pressure  
lower flow:  
airway compression segment verplaatst.  
shift via Rf → Prolonged expiratory time, in  
tegenstelling tot situatie bij artificial ventilation.*

*At the same driving pressure → no  
increase of flows by decrease of airway  
compression:  
→ Gay → inspiratory threshold.  
etc. Vermoederde flows alleen maar  
door verhoging driving pressure.*

## Kandidaat-leden



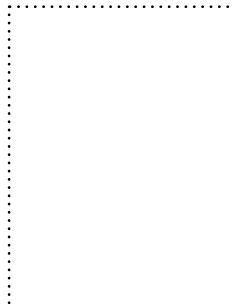
Elize Berg  
(aios, Sint Antonius  
Ziekenhuis, Nieuwegein)



Wouter Blox  
(aios, Amphia Ziekenhuis,  
Breda)



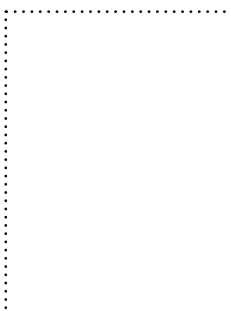
Flora de Boer  
(aios, Martini Ziekenhuis,  
Groningen)



Sanne Boerman  
(aios, Sint Antonius  
Ziekenhuis, Nieuwegein)



Frank Borm  
(aios, Ziekenhuis Rijnstate,  
Arnhem)



Sarah Bosselaar  
(aios, HagaZiekenhuis,  
Den Haag)



Emanuel Citgez  
(aios, Medisch Spectrum  
Twente, Enschede)



Marlies van Dijk  
(aios, Universitair Medisch  
Centrum Groningen,  
Groningen)



Yordi van Dooren  
(aios, Erasmus MC,  
Rotterdam)



Alain Dubois  
(aios, Medisch Spectrum  
Twente, Enschede)



Annemarie Essink  
(aios, Haga Ziekenhuis,  
Den Haag)



Lyvonne Floris  
(aios, Canisius Wilhelmina  
Ziekenhuis, Nijmegen)



Miranda Geelhoed  
(aios, Erasmus MC,  
Rotterdam)



Lotte Hartjes  
(aios, UMC St. Radboud,  
Nijmegen)



Nynke ten Hertog  
(aios, Isala klinieken, locatie  
Weezenlanden, Zwolle)



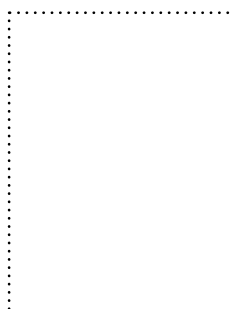
Florine van der Horst-  
van der Vegt (aios,  
HagaZiekenhuis, Den Haag)



Leonie Imming  
(aios, Medisch Spectrum  
Twente, Enschede)



Suzanne de Jong  
(aios, UMC St. Radboud,  
Nijmegen)

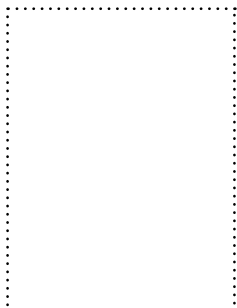


Jasper Kappen  
(aios, Sint Franciscus Gasthuis,  
Rotterdam)

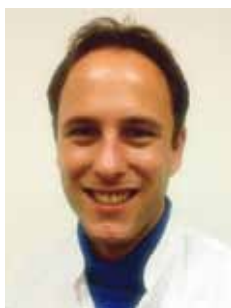


Liesbeth ten Klooster  
(aios, Sint Antonius  
Ziekenhuis, Nieuwegein)

# Kandidaat-leden



Annelies van Lambalgen  
(aios, Jeroen Bosch  
Ziekenhuis, Den Bosch)



Fabian Laugs  
(aios, Maastricht Universitair  
Medisch Centrum, Maastricht)



Jorge Lopez Matta  
(fellow Intensive Care, Leids  
Universitair Medisch Centrum,  
Leiden)



Alexia Magro-Meli  
(aios, Amphia ziekenhuis,  
Breda)



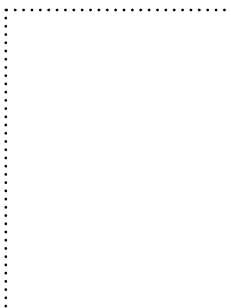
Kirsten Mooij-Kalverda  
(aios, Spaarne ziekenhuis,  
Hoofddorp)



Willemien Nienhuis  
(aios, Medisch Centrum  
Leeuwarden, Leeuwarden)



Jasper Smit  
(aios, Reinier de Graaf  
Gasthuis, Delft)



Corien Veenstra  
(aios, Ziekenhuis Rijnstate,  
Arnhem)



Gerdien Venema  
(aios, Isala klinieken, locatie  
Weezenlanden, Zwolle)



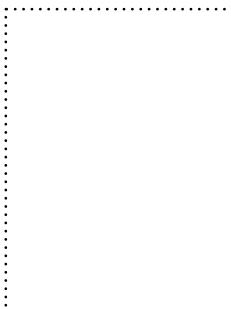
Esther Vis  
(aios, Medisch Centrum  
Leeuwarden, Leeuwarden)



Lidewij Visser  
(aios, HagaZiekenhuis,  
Den Haag)



Marieke Vollebergh  
(aios, Tergooi ziekenhuizen,  
Blaricum)



Jorn Vos  
(aios, Medisch Centrum  
Alkmaar)



Tirza van Wagenvoort  
(aios, Atrium Medisch  
Centrum, Heerlen)

## Nieuw benoemde longartsen

**Annelies Beukert** Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag

**Stephan Dik** Albert Schweitzer ziekenhuis Dordrecht

**Christa de Groot** Diakonessenhuis, Utrecht

**Sabine de Haan** Flevoziekenhuis Almere

**Mehmet Parlak** Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

**Eveline Schakenraad** Catharina ziekenhuis, Eindhoven

**Marijne Smits-Zwinkels** ZorgSaam, Terneuzen

**Dominic Snijders** Slotervaart ziekenhuis, Amsterdam.

**Maarten Tip** Medisch Centrum Alkmaar

**Bart Wittgen** Ziekenhuis Rivierenland, Tiel

## Nieuwe rustende leden

**René Aalbers** Haren

**Richard van Altena** Groningen

**Censina Apap** 's-Gravenhage

**Harm Jan Huidekoper** Zeist

**Johan Molema** Nijmegen

**Wim Strankinga** Amsterdam

**Tewe Verhage** Bussum

Wijzigingen in uw persoonlijke gegevens kunt u doorgeven via het formulier op de website, of mailen naar: [secretariaat@nvalt.nl](mailto:secretariaat@nvalt.nl). Denkt u hierbij in het bijzonder aan het wijzigen of opzeggen van uw lidmaatschap (b.v. van assistent naar longarts, van longarts naar rustend lid)?

Punten	Datum	Nascholing
<b>MAART 2013</b>		
2	21	Palliatieve zorg voor de longkankerpatiënt: een multidisciplinaire zaak - Tilburg (NL)
5	22	Update@Kempenhaeghe.nl - Heeze (NL)
12	25	Longartsenweek 2013 - Arnhem (NL)
12	26	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
2	26	Expert meetings ICU - Thorn (NL)
3	26	Regionaal Infectiemenu 2013 - Infecties bij de immuungecompromitteerde patient - 6717 LZ (NL)
2	26	Symposium One Health meets Global Health - Amsterdam Zuid-Oost (NL)
2	28	Expert meetings ICU - Zeist (NL)
<b>APRIL 2013</b>		
6	3	Advanced Life Support - Leiden (NL)
6	3	MMM Respiratoire insufficiëntie en beademing - Ede (NL)
i.a.	5	Cystic Fibrosis European Masterclass Praag - Praag (CZ)
2	8	Themabijeenkomst NSCLC en peroperatief N2 ziekte. Wat nu? - Utrecht (NL)
2	9	Expert meetings ICU - Amsterdam (NL)
12	9	NVIC Echografie cursus 2013 - Lunteren (NL)
2	10	Expert meetings ICU - Delft (NL)
2	10	Masterclass Immune Mediated Inflammatory Diseases - Utrecht (NL)
i.a.	10	New Insights in the common inflammatory pathways of chronic diseases - Utrecht (NL)
12	11	MedicALS - Riel (NL)
6	12	Frontiers in Critical Care - Amsterdam (NL)
9	13	12th International Pulmonary Hypertension Forum - Hamburg (DE)
12	16	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
3	16	Regionaal Infectiemenu 2013 - 6717 LZ (NL)
18	17	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
2	18	Astma en COPD zorg: Tijd voor verandering - Breda (NL)
-	18	Huishoudelijke vergadering NVALT
12	18	Longdagen - Utrecht (NL)
12	23	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
12	24	NVIC Echografie cursus 2013 - Lunteren (NL)
4	25	Multidisciplinair Symposium Longkanker Centraal - Utrecht (NL)
i.a.	25	Tuberculose avond Zutphen - Zutphen (NL)
-	27	2nd European Congress for Bronchology and Interventional Pulmonology (ECBIP)
<b>MEI 2013</b>		
33	6	16th Annual Comprehensive Review & Update of Perioperative Echo (SCA) - Atlanta (US)
3	8	"inhalatie steroïden, het maakt niet uit wat je geeft" - Nootdorp (NL)
18	13	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	14	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
6	15	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
3	16	Regionaal Infectiemenu 2013 - 6717 LZ (NL)
36	17	Annual Meeting American Thoracic Society (ATS 2013) - Philadelphia (US)
12	22	NVIC Echografie cursus 2013 - Lunteren (NL)
i.a.	30	Ergometrie cursus 2012 - Amsterdam (NL)
i.a.	31	9e Groninger Stollings Symposium - Groningen (NL)
i.a.	31	Respiration Day: Managing Exacerbations of Asthma and COPD: Are we there yet? - Parma (IT)

Punten	Datum	Nascholing
<b>JUNI 2013</b>		
24	1	European Anesthesiology Congress / Euroanaesthesia (ESA 2013) - Barcelona (ES)
12	6	MedicALS - Riel (NL)
-	6	WASOG Parijs (FR)
i.a.	7	Expertmeeting Donatie-intensivisten - Utrecht (NL)
17	9	Palliatieve Zorg bij COPD - Liverpool (GB)
18	10	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
17	11	International Vicenza Course on Critical Care Nephrology (2013) - Vicenza (IT)
i.a.	13	Het 3e Zeister Longsymposium; ECLIPSE current and future perspectives ism CIRO - Zeist (NL)
12	13	NVIC Circulatiedagen 2013 - Noordwijkerhout (NL)
12	18	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
12	18	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
11	20	Masterclass Respiratory Infections - Barcelona (ES)
11	20	Nederlandstalige Tuberculose Diagnostiek Dagen - Bilthoven (NL)
12	25	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
<b>JULI 2013</b>		
12	4	ESICM Summer Conference (European Society of Intensive Care Medicine) 2013 - Montreux (CH)
<b>AUGUSTUS 2013</b>		
26	28	11th World Congress on Intensive Care and Critical Care Medicine (WFSICCM 2013) - Durban (ZA)
<b>SEPTEMBER 2013</b>		
18	4	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
21	10	International Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC 2013) - Denver (US)
12	12	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	17	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
18	18	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
i.a.	19	2e congres Dutch Acute Medicine - Amsterdam (NL)
12	19	NVIC Traumatologie en Acute Geneeskunde 2013 - Ede (NL)
12	24	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
6	24	ReCertification Course - Riel (NL)
3	24	Regionaal Infectiemenu 2013 - 6717 LZ (NL)
6	25	ReCertification Course - Riel (NL)
<b>OKTOBER 2013</b>		
12	1	MedicALS - Riel (NL)
6	2	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
30	2	Infectious Diseases Week (ID week 2013) - San Francisco (US)
12	2	NVIC Echografie cursus 2013 - Lunteren (NL)
12	3	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
	4	NVALT Ledenvergadering
	5	Hermes examen
30	5	Annual Congres European Society of Intensive Care Medicine (ESICM 2013) - Parijs (FR)
20	6	The New York Dutch Lung Cancer Course - Manhattan (US)
18	8	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
27	12	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2013) - San Francisco (US)
12	15	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
18	17	ANZICS Intensive Care Annual Scientific Meeting 2013 - Hobart (AU)
12	25	Congress/Scientific Symposium: Resuscitation / European Resuscitation Council (ERC 2013) - Krakau (PL)
18	29	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
3	29	Regionaal Infectiemenu 2013 - 6717 LZ (NL)

Punten	Datum	Nascholing
<b>NOVEMBER 2013</b>		
12	12	MedicALS - Riel (NL)
18	13	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	13	NVIC Echografie cursus 2013 - Lunteren (NL)
12	19	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
6	19	ReCertification Course - Riel (NL)
6	20	ReCertification Course - Riel (NL)
12	21	NVIC infectiedagen 2013 - Ede (NL)
3	21	Regionaal Infectiemenu 2013 - 6717 LZ (NL)
18	25	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	26	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
i.a.	28	Bronkhorst Colloquium
<b>DECEMBER 2013</b>		
12	10	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
12	10	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	11	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
18	17	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	17	MedicALS - Riel (NL)
3	19	Regionaal Infectiemenu 2013 - 6717 LZ (NL)
<b>JANUARI 2014</b>		
30	9	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congres (SCCM 2014) - San Francisco (US)
<b>OKTOBER 2014</b>		
27	11	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2014) - New Orleans (US)

Punten	Datum	Nascholing
<b>E-LEARNING / INDIVIDUELE NASCHOLING</b>		
1		"De fundamenten van de inhalatietechniek"
1		"Post Congress TV ERS Highlights"
1		"Post Congress TV ERS Highlights"
5		"Webcast: Het 2de Zeister Longsymposium - Astma: écht geen probleem meer?"
-		Behandeling tabaksverslaving in de lhuisartsenpraktijk
1		Collegetour Longcarcinoom: het belang van moleculaire diagnostiek
1		Collegetour: behandeling van het niet-kleincellig longcarcinoom
1		Geneesmiddeleninteracties bij longcarcinoom. Aflevering 1: De juiste dosis voor iedere patiënt.
1		Geneesmiddeleninteracties bij longcarcinoom. Aflevering 2: Behandeling van NSCLC met EGFR-tyrosinekinaseremmers.
1		Geneesmiddeleninteracties bij longcarcinoom. Aflevering 3: Chemoradiotherapie.
1		Geneesmiddeleninteracties in de longoncologie Aflevering 1: Basics farmacologie en invloed lifestyle en polyfarmacie
1		Geneesmiddeleninteracties in de longoncologie Aflevering 2: Chemotherapie
1		Geneesmiddeleninteracties in de longoncologie Aflevering 3: Chemoradiotherapie
1		Longcarcinoom en andere thoracale tumoren
1		Longcarcinoom en andere thoracale tumoren - module 2
1		Longcarcinoom en andere thoracale tumoren - module 3
2		Masterclass Longcarcinoom
1		OncoMotief 18 Klein Vlekje
6		Online nascholing Moleculaire Longoncologie
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 10: rechterhartcatheterisatie
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 2: definitie en classificaties
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 3: symptomen, beloop en epidemiologie
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 4: endotheel en endotheline
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 5: ziekteprogressie en overleving
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 6: richtlijnen en diagnostiek algoritme
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 7: echoguidelines en echodiagnostiek
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 8: screening
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 9: vervolgonderzoek
1		Online nascholing richtlijn COPD- deel 1
1		Online nascholing richtlijn COPD- deel 2
1		Pathofysiologie, epidemiologie en prognose van Pulmonale Hypertensie (PH)
1		Post-ASTRO Webcast 2010 LIVE
1		Post-ASTRO Webcast 2010 On-demand
4		SWAB-richtlijn, van theorie naar praktijk
1		WebTV nascholing: Herziene richtlijn niet-kleincellig en kleincellig longcarcinoom 2011
1		WebTV Nieuwe astma en allergische rhinitis test 2012
1		WebTV Stoppen met roken
1		WebTV Stoppen met roken 2013

**REFEREERAVONDEN** INFORMATIE OVER DE EXACTE DATA KUNT U VERKRIJGEN BIJ DE BETREFFENDE KLINIEKEN.  
ACCREDITATIE: 2 PUNTEN